

D V Dビデオ教材購入希望申込書

ビジュアルセンター宛

平成 年 月 日

購入希望責任者 学部・講座名 : _____ TEL _____

(学生は学部、学年、学籍番号)

氏 名 : _____ 印 _____

購入希望教材名

シリーズ (プログラム) 名	価 格	発売元業者名
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

- * 必ずカタログ等 (発売業者、価格の記載がされているもの) を添付してください。
複数教材の場合は購入優先順位を明記してください。
- * 下記の質問に、具体的にお答えください。

購入希望理由 :

利用対象者 (授業科目名、学年等) :

誠にお手数ですがビジュアルセンター (医学部 1 号館 7 階) までお届け頂くか、
病院メールボックスの「図書館」にビジュアルセンター宛で書類をお入れください。
ご質問等は下記までお願いします。

内線 (2 4 9 9) e-mail : sss-1@fujita-hu.ac.jp まで